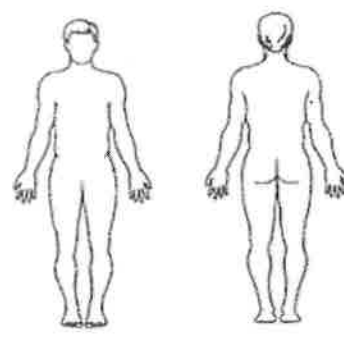
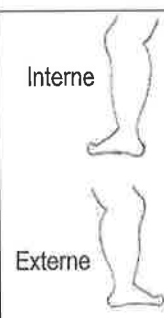

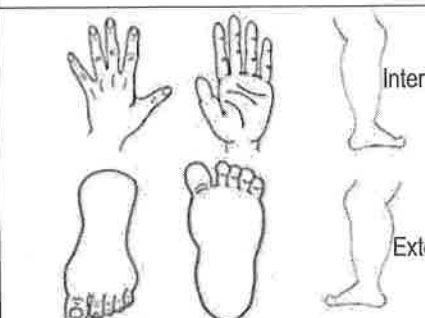





DT6277

## ÉVALUATION INITIALE ET SUIVI ÉVOLUTIF D'UN USAGER PORTEUR DE PLAIE

ÉVALUATION INITIALE				
# PLAIE : _____ SITE DE LA PLAIE : _____		<b>AGENT PAYEUR (✓)</b>		
HISTORIQUE DE LA PLAIE (date d'apparition) : _____		<input type="checkbox"/> Assurance privée		
ALLERGIE (médicament, adhésif, produit) : _____		<input type="checkbox"/> CSST		
		<input type="checkbox"/> RAMQ		
ÉTIOLOGIE DE LA PLAIE (✓)				
<input type="checkbox"/> Plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> Déhiscence de la plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> Traumatique <input type="checkbox"/> Déchirure cutanée : Type : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ulcère du pied diabétique <input type="checkbox"/> Ulcère vasculaire du membre inférieur : <input type="checkbox"/> Artériel <input type="checkbox"/> Veineux <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Lymphoedème <input type="checkbox"/> Dermate : Type : _____ *(suivi clinique à élaborer au PTI)		<input type="checkbox"/> Brûlure : <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> degré <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> degré superficiel <input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> degré profond <input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> degré <input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> degré <input type="checkbox"/> Néoplasique <input type="checkbox"/> Lésion de pression : Stade : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Indéterminé (X) <input type="checkbox"/> LTP Autre : _____		
<b>FACTEURS ASSOCIÉS (✓)</b>		<b>Déclaration lésion de pression (✓)</b>		
<input type="checkbox"/> Âgé de plus de 65 ans <input type="checkbox"/> MPOC <input type="checkbox"/> Maladie veineuse <input type="checkbox"/> MVAS <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> MCAS <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Immunodéficience <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Radiothérapie/Chimiothérapie <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> PAR (Polyarthrite rhumatoïde) <input type="checkbox"/> TPP		<input type="checkbox"/> AH-223    Date : ____ / ____ / ____ <b>POTENTIEL DE CICATRISATION (✓)</b> <input type="checkbox"/> Présent <input type="checkbox"/> Présent, mais causes incontrôlables <input type="checkbox"/> Absent		
MÉDICATION (✓)				
<input type="checkbox"/> Hypoglycémiant	<input type="checkbox"/> Anticoagulant	<input type="checkbox"/> Antinéoplasique	<input type="checkbox"/> Immunosuppresseurs	
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde	<input type="checkbox"/> Antibiotique	<input type="checkbox"/> Analgésique	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
LOCALISATION DE LA PLAIE (Indiquer un X sur le schéma)				
	DROITE		GAUCHE	
	Interne 			Interne 
Signature de l'infirmière ayant effectué l'évaluation initiale : _____				

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ # Dossier : \_\_\_\_\_

**SUIVI ÉVOLUTIF DE L'ÉVALUATION**

ITB	EVP	DÉCHARGE (✓)
Date : ____ / ____ / ____	Date : ____ / ____ / ____	Date de début : ____ / ____ / ____
Résultats :	Résultats :	Date du dernier ajustement : ____ / ____ / ____
D : _____ G : _____	D : _____ G : _____	<input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG
Commentaires : _____	Commentaires : _____	<input type="checkbox"/> Botte    Commentaires : _____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Orthèse
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sandale
_____	_____	<input type="checkbox"/> TCC (plâtre de contact total)
Initiales _____	Initiales _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____    Initiales _____

**SUIVI MÉDICAL OU RENDEZ-VOUS À VENIR**

Date (20AA/MM/JJ)	Nom/spécialité	Informations pertinentes	Coordonnées (téléphone/télécopieur)	Rendez-vous fait (✓)	Initiales

**CONSULTATIONS PROFESSIONNELLES**

Date (20AA/MM/JJ)	Nom/spécialité	Informations pertinentes	Coordonnées (téléphone/télécopieur)	Initiales

**CULTURE DE PLAIE**

Date (20AA/MM/JJ)	Résultat	Initiales

**EXAMEN DIAGNOSTIQUE**

Date (20AA/MM/JJ)	Type	Résultat	Initiales

**ANALYSE DE LABORATOIRE**

Date (20AA/MM/JJ)	Glucose	Hb	Pré Albumine	Albumine	Hb A1c	CRP	Leucocyte	Créatinine	Initiales

**Notes particulières reliées à l'utilisateur (date/initiales)**


Signature, Titre, #Permis	Initiales	Signature, Titre, #Permis	Initiales



PLAN DE TRAITEMENT DE LA PLAIE

<b>Plan de traitement de la plaie</b> (déterminé par l'infirmière)		Plan de traitement # <u>1</u>	Plan de traitement # _____	Plan de traitement # _____
# Plaie : _____ Site de la plaie : _____		Date : <u>2024/09/04</u>	Date : _____	Date : _____
<b>OBJECTIF</b> (curatif, de maintien, palliatif)		CURATIF		
Mesure d' <b>asepsie</b> (stérile, sans contact ou technique propre)		STÉRILE		
<b>Nettoyage</b> (solution, quantité, irrigation HP/BP, autre)		BP / NaCl 0,9%		
<b>Protecteur cutané</b>		PRN		
Pansement <b>primaire</b> ou produit (directement sur le lit de plaie)		ADAPTIC		
Pansement <b>secondaire</b> (recouvre le pansement primaire)		COMPRESSE SEC		
Dispositif de <b>recouvrement</b> (adhésif, bandage, autres)		HYPAFIX		
Débridement chirurgical conservateur ( <b>DCC</b> ) ou Scarification ( <b>S</b> ) par l'infirmière				
<b>Thérapie compressive</b> (type et force)		mmHg	mmHg	mmHg
Thérapie par pression négative (TPN)	Nom :	Interface		
	<input type="checkbox"/> VAC	Agent de remplissage		
	<input type="checkbox"/> Renasys	Pression	mmHg	mmHg
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Mode	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>
Autres :				
Fréquence de réfection		DIE		
Initiales		DB		

Nom :

Prénom :

# Dossier :

<b>Plan de traitement de la plaie</b> (déterminé par l'infirmière) # Plaie : _____ Site de la plaie : _____		Plan de traitement # _____ Date : _____	Plan de traitement # _____ Date : _____	Plan de traitement # _____ Date : _____
<b>OBJECTIF</b> (curatif, de maintien, palliatif)				
Mesure d'asepsie (stérile, sans contact ou technique propre)				
Nettoyage (solution, quantité, irrigation HP/BP, autre)				
Protecteur cutané				
Pansement <b>primaire</b> ou produit (directement sur le lit de plaie)				
Pansement <b>secondaire</b> (recouvre le pansement primaire)				
Dispositif de <b>recouvrement</b> (adhésif, bandage, autres)				
Débridement chirurgical conservateur ( <b>DCC</b> ) ou Scarification ( <b>S</b> ) par l'infirmière				
<b>Thérapie compressive</b> (type et force)		mmHg	mmHg	mmHg
Thérapie par pression négative (TPN)	Nom :	Interface		
	<input type="checkbox"/> VAC	Agent de remplissage		
	<input type="checkbox"/> Renasys	Pression	mmHg	mmHg
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	Mode	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>	Continu <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/>
Autres :				
Fréquence de réfection				
Initiales				
Notes particulières :				
Signature, Titre, #Permis		Initiales	Signature, Titre, #Permis	Initiales
Daniel Beaulieu infirmier #123456		DB		



ÉVALUATION, OBSERVATION ET SUIVI DE LA PLAIE

# PLAIE : _____ (une feuille par plaie)		Date : 20AA/MM/JJ	24/09/04	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SITE DE LA PLAIE : _____		Heure	09:00						
Évaluation ou Observation		É/O	O						
Dimensions (cm) au moins 1 x semaine	Longueur		3 cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
	Largeur		1 cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
	Profondeur/Hauteur		1 cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Lit de plaie	Nécrose sèche		%	%	%	%	%	%	%
	Nécrose humide		%	%	%	%	%	%	%
	Granulation		100 %	%	%	%	%	%	%
	Hypergranulation		%	%	%	%	%	%	%
	Épithéllialisation		%	%	%	%	%	%	%
	Structures : Os, Muscle, Tendon Phlyctène ou Autres*								
Peau environnante	Intacte	✓							
	Érythémateuse	✓							
	Macérée	✓							
	Sèche	✓							
	Oedème	✓							
	Indurée	✓							
	Hyperkératosée (callosité)	✓							
	Autres* (dépôt hémosidérine, ecchymose)	✓							
Température (Tiède, Chaude, Froide)			T						
Bords de la plaie	Attachés	✓	✓						
	Non-attachés	✓							
	Roulés	✓							
Exsudat	Quantité (%) du pansement ou réservoir TPN (mL)								
	Séreux	✓							
	Sanguin	✓	50%						
	Séro-Sanguin	✓							
	Purulent	✓							
	Verdâtre	✓							
	Odeur (après nettoyage)	✓							
Initiales (signature requise à la fin du formulaire)			DB						

